

- помощи / П.А. Резнецкий, П.А. Ярцев, Н.В. Шаврина // Хирургия. Журн. им. Н.И.Пирогова. – 2017. – № 8. – С. 51–57.
4. Особенности лечения воспалительных осложнений дивертикулярной болезни в общехирургическом стационаре / Б.К. Гиберт [и др.] // Колопроктология. – 2018. – № 2. – С. 54–58.
5. Земляной, А.Г. Дивертикулы желудочно-кишечного тракта / А.Г. Земляной. – Л. : Медицина, 1970. – 238 с.
6. Юхтин, В.И. Хирургия ободочной кишки. – М. : Медицина, 1988. – 320 с.
7. Комплексная ультразвуковая диагностика дивертикулярной болезни ободочной кишки и её хронических воспалительных осложнений / А.П. Орлова [и др.] // Мед. визуализация. – 2010. – № 5. – С. 64–70.
8. Острый дивертикулит сигмовидной кишки: клиника, диагностика и лечение / Г.И. Воробьев // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – №4. – С. 44–49.

УДК 612.2-058.86-089(476.5)

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

Зуев Н.Н.,¹ Мисюкевич А.А.,² Заблодский А.Н.,² Шмаков А.П.,¹
Мазуренко Н.Н.,² Зуева О.С.¹

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Витебский областной детский клинический центр»²

Введение. Инородные тела трахеобронхиального дерева являются частой патологией, угрожающей жизни ребенка и требующей оказания немедленной помощи. Выявляется большое количество больных с запоздалой госпитализацией (позднее 24 часов) из-за диагностических ошибок: недооценки врачами характерных данных анамнеза, выбора выжидательной тактики наблюдения и лечение детей от других, похожих по симптоматике заболеваний [1,2].

Проблемой инородных тел дыхательных путей у детей в последние десятилетия в Республике Беларусь занимаются отоларингологи, эндоскописты и детские хирурги. По мнению большинства врачей, проведение санационно-диагностических бронхоскопий необходимо при малейшем подозрении на аспирацию инородного тела в ранние или отдаленные сроки заболевания, так как риск этого оперативного вмешательства гораздо меньше возможных негативных последствий пребывания инородных тел в дыхательных путях.

Цель. Анализ организации оказания медицинской помощи детям Витебской области с инородными телами дыхательных путей.

Материал и методы. Проанализированы факты оказания медицинской помощи 48 детям с инородными телами дыхательных за 5 лет с 2011 по 2015 год, на базе Витебской детской областной клинической больницы. Основную группу составляют дети 1-3 года жизни 34 (70,8 %), до 1 года – 9 (18,8%), старше 3 лет – 5 (10,4%). Преобладающими в структуре заболевания были дети, аспирировавшие в дыхательные пути органические инородные тела (85%).

Результаты и обсуждение. Наиболее характерными клиническими симптомами являются локальные физикальные изменения со стороны легких в виде выраженного коробочного оттенка легочного звука (15%) или его укорочения на стороне поражения (12%), а также наличие сухих и влажных хрипов на стороне поражения (24%) или с обеих

сторон (45%). Эти данные сочетаются с рентгенологическими признаками аспирации в виде выявления рентгенконтрастного инородного тела в просвете трахеи и бронхов или косвенных признаков (93,5%) нарушения бронхиальной проходимости (ателектаз или эмфизема пораженных участков легкого, смещение органов средостения в большую или здоровую сторону).

Рентгенологическая диагностика аспирации и диагностика её по клиническим симптомам имеет меньшие показатели эффективности при проведении дифференциального диагноза.

Трахеобронхоскопия имеет ведущее значение в диагностике и лечении детей с аспираторными инородными телами дыхательных путей (диагностическая чувствительность - 100%, диагностическая специфичность - 98%, диагностическая точность - 99%). Однако, особенность проведения дыхательной бронхоскопии у маленького ребенка, которая является инвазивным методом и сопряжена со значительным риском осложнений, превращают ее в сложную а, иногда в экстремальную манипуляцию. Эндоскопическая картина при аспирации отличается полиморфизмом (катарально-слизистый эндобронхит - 40%, катарально-гнойный – 46,5%, катарально-фибринозный, - 13,5%) и зависит от длительности нахождения инородного тела в дыхательных путях, природы аспирированного предмета и возраста ребенка. Чем меньше длительность нахождения инородного тела в дыхательных путях и старше возраст ребенка, тем воспалительные изменения в бронхах меньше выражены. При увеличении длительности нахождения, инородного тела частота возникновения гнойного эндобронхита значительно возрастает, причем при органической природе инородных тел гнойный характер воспаления отмечается неизмеримо чаще (на первые сутки - 22%, к 3 суткам - 59%, к 14 суткам - 99,8%). Это сочетается с возникновением пролежней (5%), развитием грануляций (18%) и выраженной кровоточивостью слизистой при попытке извлечения вколоченного инородного тела (16%). Легочные осложнения вследствие аспирации инородных тел формируются почти у всех детей и определяются, возрастом больного, длительностью нахождения аспирированного инородного тела, а также природой аспирированного предмета.

Анализ анамнестических данных обследованных больных выявляет, что основной причиной запоздалой (2-7 суток) и поздней (позднее 7 суток) госпитализации детей с инородными телами в дыхательные пути являются врачебно-диагностические ошибки (75%) из-за недооценки врачами анамнеза и начальных симптомов данной патологии. Вторая причина поздней госпитализации – поздняя обращаемость родителей за медицинской помощью (25%).

Инородные тела нижних дыхательных путей (НДП) у детей представляют собой крайне серьезную патологию, требующую оказания неотложной помощи, хорошего лечебно-диагностического оснащения и высокой квалификации персонала. До мая 2014 года помощь в Витебской области оказывалась взрослыми эндоскопистами по линии санавиации. При этом некоторые специалисты не владели методикой бронхоскопии у детей, и диспетчеру приходилось разыскивать врача, у которого был опыт выполнения бронхоскопии ребенку и который был свободен, после чего приходилось ехать в детскую больницу за детским бронхоскопом, так как диаметр взрослого бронхоскопа не позволял выполнить бронхоскопию детям раннего возраста. В настоящее время на базе Витебского областного детского клинического центра организована служба дежурства врача-эндоскописта и медицинской сестры на дому. Бригада доставляется транспортом центра в короткие сроки.

С 2010 г в ВДОКБ мы удаляем инородные тела с помощью оптического бронхоскопа фирмы Storz, Германия. После вводного наркоза и введения миорелаксантов в состоянии апноэ проводилась прямая ларингоскопия. После визуализации голосовых складок под

контролем зрения анестезиологом или эндоскопистом выполнялось введение в трахею ригидной трубки дыхательного бронхоскопа. После того, как эндоскопист убеждался в правильности интубации трахеи, к трубке дыхательного бронхоскопа подключался наркозный аппарат, начиналась ИВЛ через бронхоскоп. Через тубус бронхоскопа вводился оптический телескоп. При обнаружении инородного тела, с помощью оптических щипцов его захватывали и под контролем зрения извлекали через бронхоскопическую трубку или вместе с ней. Увеличенное изображение на экране монитора позволяет качественнее осматривать все отделы трахеобронхиального дерева, в том числе и сегментарные бронхи, дает четкое топографическое представление о нижних дыхательных путях. При этом видны мельчайшие детали слизистой оболочки бронхиального дерева. При использовании оптического бронхоскопа инородные тела очень хорошо визуализируются, у эндоскописта имеется ясное представление о его размере, форме и структуре. Все этапы удаления выполняются под контролем зрения, проходят легко и удобно, а так же позволяет удалять из ранее недоступных верхнедолевых и сегментарных бронхов.

Пациенты, у которых после удаления инородных тела нижних дыхательных путей не отмечалось воспалительных явлений со стороны дыхательной системы, в медикаментозном лечении не нуждались. Дети выписывались из отделения на следующий день после удаления инородного тела под амбулаторное наблюдение педиатра. Пациенты, у которых инородные тела нижних дыхательных путей сопровождались воспалительной реакцией (бронхит, пневмония), были переведены для дальнейшего лечения в педиатрические отделения, где им проводился курс антибактериальной и противовоспалительной терапии.

Заключение. С нашей точки зрения основную проблему в организации лечения детей с инородными телами трахеи и бронхов представляет отсутствие соответствующих приказов МЗ РБ с определением персоналий по проведению экстренных бронхоскопий. Не определено кто непосредственно ее проводит. В связи с чем в некоторых областях этим занимаются врачи-эндоскописты, в некоторых врачи ЛОР, иногда анестезиологи-реаниматологи. Отсутствие законодательной базы приводит к фактическому отсутствию врача ответственного за проведение данного вмешательства. В доступной нам литературе мы не нашли соответствующих документов в МЗ РБ.

Считаем, что бронхоскопии должен проводить обученный врач-эндоскопист, прошедший специализацию по проведению бронхоскопий у детей.

Необходима организация бригад в составе реанимационно-консультативного центра на базе областных детских больниц. В бригаду включается детский анестезиолог-реаниматолог, врач-эндоскопист. Бригада в дневное время находится в больнице, а вечернее, ночное, выходные и праздничные дни организованы дежурства на дому. Бригада имеет в своем распоряжении оборудование для проведения бронхоскопии и эндотрахеального наркоза. Бригада доставляется на место оказания помощи реанимобилем, что делает возможным при необходимости осуществить транспортировку ребенка в детскую больницу.

После осмотра пациента на месте бригадой, решается вопрос о проведении бронхоскопии на месте, либо транспортировке больного. Необходимо обратить внимание на оснащение бригады бронхоскопом с приспособлениями для удаления различных инородных тел, возможностью проведения эндотрахеального наркоза.

Удаление инородных тел трахеи и бронхов у детей по нашему мнению должно максимально проводиться в учреждениях, оборудованных для оказания экстренной помощи при возможных осложнениях во время исследования.

Необходимо соответствующим образом в нашей республике иметь юридическую основу для оказания экстренной помощи детям с инородными телами трахеи и бронхов,

что позволит избежать значительного количества организационных осложнений, и осложнений при их удалении.

Литература:

1. Козырева Н.О. К проблеме аспирации инородных тел в дыхательные пути у детей / Н.О. Козырева // Фундам. исследования. – 2011. – № 9. – С. 411–415.
2. Осложнения при инородных телах нижних дыхательных путей в детском возрасте / В.Г. Зенгер[и др.] // Рос. оториноларингология. – 2008. – № 3. – С. 46–51.

УДК 616.379-008.64:616.718-08

МЕТОД НЕПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Камендровская А.А., Федянин С.Д., Шилин В.Е., Акоченок В.М.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Диабетическая ангиопатия является одним из самых тяжелых осложнений сахарного диабета (СД) с экономической и социальной точки зрения, что обусловлено высоким уровнем ампутаций нижних конечностей, инвалидностью, значительным снижением качества жизни пациентов [1]. Поздняя стадия заболевания с трофическими нарушениями, поражение дистального сегмента, сопутствующая патология являются причинами отказа в реконструктивных операциях у 50-75% пациентов [2].

В последние годы в литературе все чаще встречаются данные об использовании клеточных технологий в лечении различных заболеваний путем стимуляции неоангиогенеза [3, 4, 5]. Однако, все эти методики требуют специального оборудования, обученного персонала и больших финансовых затрат, что делает невозможным их широкое применение. Необходима разработка новых методов не прямой реваскуляризации, подходящих для применения на уровне базового звена системы здравоохранения.

Цель. Разработать метод не прямой реваскуляризации нижних конечностей, основанный на применении аутоотрансплантации аспирата костного мозга.

Материал и методы. Разработан и внедрен метод не прямой реваскуляризации нижних конечностей, основанный на использовании аутоаспирата красного костного мозга – реваскуляризирующая аутомиелотрансплантация (РАМТ). Под местной анестезией иглой И.А. Кассирского выполняется стерильная пункция и осуществляется забор красного костного мозга. Производится местная анестезия в зоне точек введения аспирата на бедре и голени с последующей реплантацией аспирата костного мозга путем его введения в мышцы бедра и голени. Накладывается асептическая повязка.

В исследовании участвовало 55 пациентов, страдающих СД 2 типа с ХАН 3б-4 стадии. Пациенты находились на лечении в ГУЗ «Витебская городская центральная клиническая больница» в 2015-2017 годах.

Во всех случаях было невозможно выполнить реконструктивные операции на магистральных сосудах. У пациентов с ХАН 4 стадии имелись трофические нарушения в виде язв и некрозов пальцев и участков стоп. По предлагаемому методу прооперировано 23 пациента (основная группа). В четырех случаях РАМТ проводилась дважды. 32 человека, страдающие СД с ХАН 3б-4 стадии, получали только консервативное лечение по общепринятым схемам (группа сравнения).

В декабре 2017 года выполнено анкетирование пациентов по разработанному нами опроснику, а также по опроснику качества жизни у пациентов с хронической ишемией нижних конечностей (Савин В.В., 2001 год).